Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):13

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2501 - Varón de 79 años con cuadro catarral y fiebre persistente a pesar de varios tratamientos antibióticos

L. González Coronil[a], P. Mimoso Bartolomé[b], J. Martínez de Mandojana Hernández[c], J. Capón Álvarez[c], V. Lumbreras González[c], A.M. Tierra Rodríguez[d], L. Bendek Quevedo[c], S. Vidal Rodríguez[c] y J. Cancelas Collazo[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico de Familia. Centro de Salud Bierzo. León. [b]Médico Residente de Medicina Interna; [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital el Bierzo. León. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años que presenta tos intensa, expectoración amarillenta y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No AMC, exfumador desde hace 30 años, HTA, silicosis de 2º grado, disnea basal grado 2, cardiopatía isquémica, trombocitopenia esencial, HBP. Tratamiento habitual: vitamina B12, acfol, omeprazol, hydrea, adiro, alopurinol, tamsulosina, vesicare.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico en reposo. Tª 37 ºC. TA: 166/60. FC: 104. Saturación de oxígeno basal: 86%. ACP: soplo sistólico panfocal, hipofonesis global con roncus aislado. EEII: mínimos edemas bimaleolares. Analítica: Hb 9. leucos 10.900 (76% N). Plaquetas 147.300. Glucosa 115. Urea 91. Creatinina 1,6. Na 139. K 5,3. GAB: pH 7,48, pCO2 26, pO2 51, bicarbonato 19, saturación 90%. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm. Rx tórax: índice cardiotorácico 45%, elongación del cayado de la aorta, masas de fibrosis masiva progresiva en ambos hemicampos sin cambios respecto a previas. Mínimo pinzamiento de seno costofrénico derecho. TAC arterias pulmonares: no datos de TEP. Hemocultivos, urocultivos, cultivo esputo y aspirado bronquial negativos. Ecocardiograma transtorácico: no imágenes claras de endocarditis. Ecocardiograma transesofágico: estudio negativo para endocarditis. Serologías: VHC, VIH y rosa bengala negativos. Biopsia cutánea: cuadro morfológico de eritema nodoso. Fibrobroncoscopia: sin hallazgos significativos.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Juicio clínico: Infección respiratoria tipo bronquitis aguda, insuficiencia respiratoria parcial, expectoración hemoptoica autolimitada por bronquiectasias.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, TEP, insuficiencia cardíaca, sarcoidosis.

Comentario final: El paciente acudió a su MAP por cuadro catarral presentando mala evolución motivo por el cual se envía a urgencias hospitalarias, donde lo evalúan y se ingresa en Neumología. Se trata con Augmentine persistiendo la fiebre y la clínica, ampliándose el espectro con tazocel y posteriormente linezolid y amikacina. Tras varios días, persiste la fiebre y aparecen lesiones nodulares eritematosas y dolorosas en EEII y EESS, realizándose interconsulta a dermatología que realiza biopsia y pauta corticoides, produciéndose mejoría y decidiéndose alta. Es importante una atención integrada del paciente para el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su patología.

Bibliografía

1. Longo L, Kasper DL, Jameson JL, et al Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2013.

Palabras clave: *Insuficiencia respiratoria. Eritema nodoso.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.